LA PYOMÉTRIE

DANS

N° 50

LE CANCER UTÉRIN

(CONTRIBUTION CLINIQUE)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 31 Mars 1909

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

PAR

Bruno MAUREL

Né à Marseille, le 29 août 1867

LAURÉAT DU CONSERVATOIRE DE MUSIQUE DE PARIS

PROFESSEUR D'HARMONIE AU CONSERVATOIRE DE MARSEILLE

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse et Rue Dom-Vaissette

1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✲)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEYRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. IZARD, *secrétaire*.

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, *président*.	MM. JEANBRAU, *agrégé*.
VALLOIS, *professeur*.	RICHE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MONSIEUR J. DOULET

DOCTEUR EN MÉDECINE

B. MAUREL.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546002_0140

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR De ROUVILLE

PROFESSEUR-ADJOINT A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

CHIRURGIEN DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

A MONSIEUR LE DOCTEUR Ch. PLATON

CHARGÉ DE COURS A L'ÉCOLE DE PLEIN EXERCICE DE MÉDECINE

ET DE PHARMACIE DE MARSEILLE

CHIRURGIEN DE LA CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

B. MAUREL.

A tous ceux qui par leur enseignement, leurs conseils et leur amitié nous ont aidé à acquérir notre instruction scientifique et médicale, nous dédions, en témoignage de vive gratitude, notre modeste thèse.

Il nous est agréable de remercier en particulier :

MM. RIVALS et VAYSSIÈRE, Professeurs à la Faculté des Sciences de Marseille ;

MM. ALEZAIS, AUBERT, GERBER, IMBERT, LAGET, ODDO, OLMER, PERRIN, Ch. PLATON, Professeurs à l'Ecole de plein exercice de Médecine et de Pharmacie de Marseille ;

MM. Les Docteurs BIDON et PAGLIANO, Chefs de service à l'hôpital de la Conception ;

MM. BILLON, COMBES et MURREL, Docteurs en Médecine ;

MM. CHAPOUEN et KAUFFMANN.

B. MAUREL.

LA PYOMÉTRIE

DANS

LE CANCER UTÉRIN

(CONTRIBUTION CLINIQUE)

INTRODUCTION

Dans le *Montpellier Médical* du 17 janvier 1909, M. le professeur-adjoint de Rouville a publié une leçon clinique de gynécologie sur la *Pyométrie* dans le cancer du col de l'utérus. Avec l'approbation de notre président de thèse, nous avons extrait de cette leçon et des deux obsertions qui l'accompagnent, le sujet de notre « Contribution à l'étude de la pyométrie dans le cancer utérin ».

Deux observations inédites que nous a communiquées obligeamment M. le docteur Ch. Platon, chargé de cours à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Marseille, chirurgien de la Clinique gynécologique, illustreront, si l'on peut dire, avec celles de notre président de thèse, notre texte. Mais, pour rédiger ce dernier, nous devons le reconnaître, la tâche nous a été grandement facilitée par la thèse que M. A. Lomon a soutenue à Paris, le 17 juillet 1907, sur le même sujet.

Les traités classiques de chirurgie et de gynécologie ne parlent qu'incidemment de la pyométrie. Quelques auteurs indiquent rapidement que l'hématométrie peut

se transformer en pyométrie secondaire. Aucun ne distingue celle-ci de la vraie pyométrie, affection tardive de la vieille femme, à évolution quelquefois latente et à symptômes le plus souvent obscurs. Les travaux antérieurs relatifs à cette complication qui, sans être très fréquente, n'est cependant pas exceptionnelle, sont peu nombreux. Enfin, pour beaucoup de chirurgiens, le fait de trouver du pus dans l'utérus, au cours de l'évolution de certaines affections utérines est tellement banal, qu'ils ne voient pas en cela matière à observation clinique Pourquoi cet oubli ? Pourquoi ce désintéressement presque général ? Il est cependant un élément que l'on ne doit pas négliger dans le traitement que l'on apporte aux affections malignes de l'utérus : l'élément *douleur*. Or il est avéré, les observations rapportées par M. A. Lomon le démontrent, que les malades atteintes de ces maladies de matrice, douloureuses entre toutes, peuvent être soulagées, sinon toujours, au moins souvent (n'est-ce pas là un point essentiel ?), par le drainage, l'évacuation de la collection purulente qui séjourne dans leur matrice malade. Chez quelques cancéreuses même, le plus souvent celles qui sont inopérables, la pyométrie est seule cause de leurs souffrances.

Ce n'est pas tout. Les chirurgiens ne peuvent nier qu'au cours d'une hystérectomie par la voie abdominale, ils n'aient été quelquefois surpris et contrariés de constater qu'un flot de pus, issu de l'utérus déchiré accidentellement par une pince ou ouvert volontairement selon le procédé d'hystérectomie employé, ait fait irruption dans la séreuse. Dans ces cas imprévus les chances d'infection sont portées au maximum ; le succès opératoire peut être compromis et toujours au détriment des opérées. L'exemple de Legueu n'est pas unique. Mais n'antici-

pons point sur une partie de notre sujet. Voyons ce qu'est la pyométrie. Définissons-la.

La pyométrie est la rétention d'une certaine quantité de pus dans la cavité utérine. La condition nécessaire de cette rétention est qu'un obstacle quelconque s'offre à l'évacuation des sécrétions utérines infectées. On peut la rencontrer dans divers états pathologiques de l'utérus : fibromes injectés, sténoses cervicales particulières et, dans la majorité des cas, au cours de l'évolution cancéreuse.

On réserve le nom de pyomètre à la collection purulente intra-utérine elle-même qui est la manifestation caractéristique anatomo-pathologique de la pyométrie.

P.-S. — A la veille d'imprimer notre texte, M. le professeur adjoint de Rouville nous communique une nouvelle observation de pyométrie que nous ajoutons à la suite des autres.

Observation I

(Dr de Rouville)

Notre première malade est âgée de 60 ans ; elle est ménopausée depuis douze ans ; elle a eu huit enfants, sans incidents ; depuis trois mois seulement, elle perd en rouge ; ses pertes sont irrégulières et d'abondance variable ; elle éprouve dans le bas-ventre quelques *vagues douleurs ;* sa température, prise matin et soir depuis son entrée dans le service de gynécologie, n'a pas dépassé 37° ; l'état général est bon ; les urines sont normales ; aucun trouble de la miction ; pas de constipa-

tion. Le volume de l'utérus, dont on délimite le fond à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne, l'immobilisation partielle de cet organe, l'induration commençante du ligament large gauche, enfin l'invasion néoplasique du cul-de-sac latéral gauche, contre-indiquent, d'après le diagnostic porté par M. le professeur-adjoint de Rouville, toute tentative d'exérèse totale, et, en quelques coups de curette, tout le col infiltré, ramolli jusqu'à l'orifice interne, est rapidement abrasé. M. le professeur-adjoint de Rouville se trouve alors en présence d'une vaste surface saignante, recouverte encore çà et là de saillies bourgeonnantes. Il juge prudent, avant d'aller plus loin, de repérer l'orifice utérin. Il y parvient facilement. La fine curette dont il se sert en guise d'explorateur pénètre en effet brusquement dans une cavité qui ne peut être que la cavité utérine, et, immédiatement, un *flot de pus*, franc, bien lié, sans odeur, fait irruption dans le vagin. Il y en a environ 150 grammes. Après dilatation prudente, aux bougies d'Hégar, de l'orifice interne, il introduit l'index droit dans la cavité utérine. Celle-ci est dilatée. Le doigt s'y meut aisément et perçoit partout la muqueuse régulière et lisse, sans fongosités ni ulcérations. On draine l'utérus et une injection intra-utérine au lysol est donnée. Ce traitement est continué huit jours au bout desquels la malade quitte le service en excellent état.

Observation II

(Dr de Rouville)

Notre deuxième malade est âgée de 61 ans ; elle est ménopausée depuis dix ans ; elle a eu 5 enfants, sans in-

cidents. Il y a un an, elle s'est aperçue qu'elle perdait en rouge ; ses pertes étaient peu abondantes ; elles cessèrent rapidement pour réapparaître à différents intervalles, toujours modérées. Il y a huit jours, cependant, elle a saigné abondamment trois jours. A ce moment elle est entrée à la Clinique gynécologique. *Elle ne souffre pas.* Depuis, sa température est restée normale. Elle a eu quelques pertes blanches non fétides dans l'intervalle des hémorragies. L'état général est bon. Les urines sont normales. Il n'y a aucun trouble de la miction et pas de constipation. L'utérus a augmenté de volume. On en sent le fond à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse pubienne. Il est mobile et non douloureux à la mobilisation. Les culs-de-sac sont libres. Le col utérin est atteint d'atrophie sénile ; mais une tumeur née dans la lèvre antérieure fait saillie dans la cavité cervicale. Cette tumeur est interstitielle et n'a pas ulcéré la muqueuse qui lui adhère cependant.

Il s'agissait, à n'en pas douter, d'un épithélioma nodulaire et l'indication se posait nettement d'une intervention radicale par voie abdominale. Le ventre ouvert, l'utérus apparaît globuleux et mou. En d'autres circonstances, on eût pu penser à un utérus gravide. Une pince à quatre dents saisit le fond de l'organe. Mais l'utérus se déchire à ce niveau et *un pus franc*, bien lié, sans odeur, *s'échappe* sur les compresses qui, nombreuses, isolent l'intestin. A ce moment, sans hésiter, M. le professeur-adjoint de Rouville fend au bistouri l'utérus sur la ligne médiane. 200 grammes environ de pus s'écoulent sur de nouvelles compresses qui avaient été superposées aux premières. L'utérus vidé, l'opération se poursuit sans avoir présenté la moindre élévation de température.

Observation III

(Docteur Ch. Platon)

Mme P..., âgée de 71 ans, extrêmement robuste et bien portante, vient en janvier 1906 pour des pertes rouges abondantes, apparues tout à coup au Théâtre une après-midi, il y a 15 jours. Cette personne a joui toute sa vie d'une santé parfaite. Elle a eu quelques troubles généraux, dit-elle, vers 45 ans, époque de la diminution de ses règles qui disparurent à 48 ans. Depuis, excellente santé. En 1905, elle a eu quelques pertes blanches odorantes, parfois jaunâtres comme du pus. Elle se servit alors d'injections de feminol du docteur Charier à base de formol et d'essences végétales qu'elle trouva chez sa nièce que j'avais opérée d'une hématocèle. Ces pertes disparurent pour réapparaître vers la fin de l'année avec *douleurs* de ventre très marquées. Au moment de mon examen, par le toucher et le spéculum, je constatai un gros bourgeon sanieux siégeant sur tout le col et exubérant, saignant facilement sous la pression du spéculum. Il donnait tout à fait l'idée d'un néoplasme épithélioma-teux. Je conseillai un raclage. Il fut pratiqué en janvier 1907. Les bourgeons se prolongeaient dans la cavité utérine. Lorsque je pénétrai dans celle-ci, la curette amena un *flot de pus* qui semblait accumulé derrière cette barrière néoplasique. Les suites de l'opération furent banales. La guérison fut extrêmement rapide. L'état général se maintint en parfaite santé et cette guérison me fit rejeter le diagnostic d'épithélioma pour faire le diagnostic

rétrospectif de métrite fongueuse avec bourgeonnement chez une vieille femme, métrite accompagnée de pyométrie.

Observation IV

(Docteur Ch. Platon)

A... Catherine, âgée de 35 ans, ménagère, a eu un accouchement à 21 ans, un avortement de 3 mois à 24 ans et une seconde grossesse à terme à 26 ans. Elle a été toujours bien réglée jusqu'à son avortement. A partir de ce moment, des troubles menstruels avec pertes blanches durent un an. Ils recommencent à l'âge de 27 ans pour s'accentuer avec l'âge. Les pertes ont pris des teintes variables, jaunes, vertes ou parfois incolores. En février 1907, elle commence à maigrir et à souffrir du ventre. Les règles furent plus abondantes à partir du mois d'avril, et en juin de petites hémorragies se produisent dans l'intervalle des règles, suivies de pertes jaunes. J'examinai cette personne à mon cabinet vers le 15 octobre 1907, après une hémorragie qui avait suivi la période menstruelle et qui avait duré 13 jours. A ce moment-là, cette femme présentait un aspect assez bon. Maigre, le teint encore coloré, elle ne donnait point l'idée d'une malade. A l'examen local, je trouvai un col un peu gros, présentant une ulcération sur la lèvre antérieure, ulcération bourgeonnante et saignant facilement au simple examen. Le col paraissait *sténosé*. Du côté des annexes, je perçus une masse tubo-ovarienne à gauche. Je conseillai à cette femme une hystérectomie totale qui fut pratiquée le 14 novembre de la même année. Je dus tout

d'abord enlever une grosse salpingo-ovarite suppurée du côté gauche, puis un ovaire polykystique du côté droit. Ces ablations faites, je pinçai le fond de l'utérus avec une pince à quatre mors. La prise ne fut pas faite au milieu même du fond, mais sur la gauche à un centimètre de l'union de la corne et de la trompe. Sous la pression de la pince, l'utérus très friable se sectionna dans toute son épaisseur jusqu'à la cavité utérine où se trouvait du pus, tandis que de la corne ouverte dans la totalité s'écoulait une sérosité purulente qui semblait être renfermée dans les mailles mêmes du tissu utérin. En avant était un tissu spongieux imbibé de sérosité purulente. Grâce à une protection soigneuse de la cavité péritonéale il n'y a aucune contamination septique. L'hystérectomie totale fut faite sans difficulté. Drainage abdominal au tube et drainage vaginal à la gaze iodoformée. Cicatrisation et guérison opératoire le 22 novembre 1907. En juin 1908, cette personne me fit appeler de nouveau. Son état général était altéré et je constatai une récidive épithéliomateuse au fond de son vagin, au niveau de la cicatrice. Je ne l'ai plus revue depuis.

Observation V

(Docteur de Rouville)

R..., Pélagie, 57 ans, couturière, habite l'Hérault. Elle entre le 9 mars 1909, salle A. Paré, n° 6, pour pertes rouges et blanches. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. Elle a joui d'une bonne santé jusqu'à son entrée à l'hôpital, sauf une grippe de peu de durée qui est venue l'interrompre il y a 8 ans. Elle a été réglée

à 14 ans, facilement. Depuis, ses règles avancent tous les mois de deux ou trois jours. Elles sont abondantes ; elles viennent sans douleurs et durent en moyenne quatre jours. Quelques pertes blanches et quelques caillots les accompagnent. Elle s'est mariée à 16 ans. Elle a eu quatre grossesses normales et quatre accouchements naturels. A la suite de chaque couche elle ne gardait le lit que trois jours. A 36 ans elle a eu son dernier accouchement. Depuis les règles ont conservé le caractère qu'elles avaient avant le mariage. A 49 ans elles cessèrent. Pendant 3 ans la ménopause ne fut point troublée. Mais, il y a 5 ans, la malade eut une métrorragie abondante, avec caillots, sans odeur, qui a duré une journée.

Actuellement nous sommes en présence d'une femme qui depuis 6 mois a des pertes rouges abondantes pendant deux ou trois jours, suivies de pertes blanches peu odorantes pendant trois ou quatre jours. Puis, le même cycle recommence ne laissant à la malade qu'un répit de deux jours au minimum et de quatre jours au maximum entre chaque évolution. En somme, les pertes sont presque continuelles. Les douleurs ne sont pas marquées. Elles coïncident tantôt avec les pertes rouges, tantôt avec les pertes blanches ou quelquefois dans les courts intervalles de répit. Depuis deux mois, les douleurs dans la région lombo-sacrée sont une peu plus accusées, mais elles sont passagères. La miction est normale. Il n'y a jamais eu de constipation. La malade ne porte aucun signe d'amaigrissement. Tous les autres appareils paraissent sains. A l'examen par le toucher on sent une masse volumineuse en chou-fleur, occupant tout le col, surtout la moitié droite. Cette masse se prolonge dans le cul-de-sac latéral droit, vers le ligament large. Les autres culs-de-sac sont libres. Le fond utérin est palpable à 3 travers de

doigt au-dessus de la symphyse pubienne. On pratique la désinfection du vagin et le 17 mars 1909 on l'opère après anesthésie au chloroforme. Pour éviter l'ouverture des culs-de-sac, M. le professeur-adjoint de Rouville décolle la muqueuse en avant et en arrière, puis aux ciseaux pratique l'ablation de tout le champignon cancéreux. A ce moment un flot de pus jaune verdâtre, bien lié, s'écoule de la cavité utérine. On prélève avec une pipette une petite quantité de ce pus que M. le docteur Leenhardt, agrégé, analyse microbiologiquement et dans lequel il trouve du streptocoque pur.

Un curettage des bourgeons cancéreux et de la cavité utérine est pratiquée. Une bougie de Hégar est introduite dans la cavité et pénètre de douze centimètres. Des mèches de gaze imbibées de teinture d'iode sont introduites dans l'utérus et dans le cul-de-sac postérieur.

Les suites opératoires sont bonnes, apyrétiques.

M. le professeur-adjoint de Rouville a prié M. Leenhardt de bien vouloir rechercher le degré de virulence du streptocoque contenu dans le pus et se propose de pratiquer par la voie abdominale l'hystérectomie totale samedi 27 mars.

PATHOGÉNIE

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, toute pyométrie est caractérisée par l'accumulation dans la cavité utérine d'une plus ou moins grande quantité de pus, sous l'influence d'un obstacle à l'évacuation de ce liquide. Or, d'où vient ce pus ? Quelles sont les causes de sa rétention ? Le mécanisme des sténoses est-il unique ?

Telles sont les trois conditions importantes de la pathogénie de la pyométrie que nous allons essayer d'analyser.

« La muqueuse du corps étant un simple filtre à diverticules nombreux, mais simples également, est tapissée d'une couche unique d'épithélium cylindrique clair et de petit volume. En outre, cette surface est desservie par un appareil vasculaire spécialement disposé. La seule sécrétion qui leur soit propre, en dehors de la sécrétion sanguine périodique des menstrues, est la filtration ou plutôt l'exhalation insignifiante de sérosité sanguine, véritable réduction de l'hémorragie menstruelle. Elle est, à l'état normal, suffisante tout au plus pour entretenir humide la cavité utérine... A l'état normal, je le répète, cette sérosité est nulle ou à peu près... C'est à peine si par le raclage on obtient un suc lactescent composé presque exclusivement de cellules épithéliales caduques » (Dolé-

ris). Il est bien évident qu'à l'état normal, même en cas d'atrésie du col, la sécrétion du corps de l'utérus est insuffisante pour créer une collection appréciable.

Fritsch fait remarquer que normalement la cavité utérine est privée de germes. On sait que le vagin détruit déjà des bactéries. Le cervix, l'utérus, les trompes sont libres de bactéries. Le lieu le plus important, au point de vue des germes pathogènes, est le col. On pourrait presque avancer, avec M. A. Lomon, que la fonction physiologique du mucus cervical est de détruire les bactéries qui ont pénétré dans le vagin.

Mais dans le cancer de l'utérus toutes les conditions d'absence de sécrétion utérine, de défense contre l'infection, sont profondément modifiées. Par sa présence, la néoplasie produit des troubles circulatoires et favorise les infections. La muqueuse utérine est dans ce cas pathologique toujours intéressée. Que ce soit de la dégénérescence sarcomateuse, comme le croyait Abel, ou des lésions infectieuses banales de métrite chronique, selon Eckard, Orthmann, Fraenkel, Delbet, ou de l'infiltration cancéreuse, les différents points lésés, même situés au-dessus du siège de la néoplasie, vont sécréter en abondance. Le pus vient des lésions inflammatoires de la muqueuse corporéale.

Examinons maintenant quelle est la raison de la rétention de ces produits de sécrétion.

« Il est des cas où la tumeur, habituellement un épithélioma dans la structure duquel prédominent des éléments conjonctifs, ce que les anciens cliniciens appelaient un squirrhe, forme un anneau ou un cylindre qui étreint le col et crée une sténose entièrement comparable à certaines sténoses pyloriques d'origine néoplasique. L'atrésie survient d'autant plus facilement que l'utérus, et en par-

ticulier le col, subit à partir de la ménopause une atrophie scléreuse considérable.» Cette sclérose peut aller jusqu'à la dégénérescence cartilagineuse ou osseuse, comme Louis en a rapporté des cas dans son mémoire sur les concrétions calculeuses de la matrice. Mme Boivin a trouvé chez les vieilles femmes le museau de tanche annulé, atrophié, détruit, tantôt laissant à sa place quelques brides et un orifice en entonnoir, tantôt permettant à peine le passage d'un fil à travers son ouverture ; un degré de plus, et il était fermé comme l'est si souvent l'orifice cervico-utérin dans un grand âge. « Que de cette occlusion, dit-elle, puisse résulter une hydropisie utérine, la chose n'est pas impossible ; encore faut-il que la matrice ou les trompes sécrètent alors en abondance un liquide que la résorption ne suffit pas à faire disparaître.»

Schræder dit en parlant des sténoses utérines : « Lorsque le calibre cervical est modérément développé (il est atrophié chez les vieilles femmes), s'il survient un gonflement catarrhal de la muqueuse cervicale ou bien un épaississement du parenchyme de l'organe, le calibre de l'organe ne tarde pas à être complètement perdu. Plus souvent il arrive que l'orifice externe se ferme de par le gonflement inflammatoire de la muqueuse ou la tuméfaction des lèvres du col. Il se peut également, et le cas est fréquent après la cautérisation, que des replis de la muqueuse qui se touchent, se soudent entre eux, de sorte que la large fente terminée par l'orifice externe sur le museau de tanche ne reste qu'en partie perméable.»

Fritsch remarque que, chez les vieilles femmes, il n'est pas rare de voir se produire de l'atrésie au niveau de l'orifice utérin interne. Mais comme ici, dit-il, la menstruation est terminée depuis longtemps, il ne s'accumule

en arrière de la sténose qu'un peu de mucus et de pus (pyométrie sénile).

Enfin, pour Sinéty, l'atrésie de la cavité cervicale est très fréquente dans la vieillesse ; elle existe chez plus d'un quart des femmes ayant dépassé l'âge de cinquante ans. Chez les vieilles femmes, ajoute-t-il, l'oblitération du museau de tanche amène une accumulation de sérosité plus ou moins mélangée de pus. En somme, il faut conclure avec M. Lomon :

« Que par l'âge avancé des malades, l'atrésie du col, si elle n'existe pas complètement, est toute prête à se constituer sous l'influence d'une tumeur maligne en évolution, soit par le volume et la situation de la tumeur elle-même, soit par la congestion, l'œdème, dus aux troubles de la circulation qu'entraîne la présence de cette tumeur. A plus forte raison se produira-t-elle s'il s'agit d'un cancer nodulaire, occupant l'épaisseur même de la paroi du col qu'il transforme parfois en une masse d'une dureté ligneuse. » Est-ce à dire que toutes les pyométries constatées étaient accompagnées de sténose cervicale ? Un certain nombre d'observations tendent à démontrer qu'il n'y avait pas d'obstacle au drainage de l'utérus.

Griffith, au cours de l'observation de Lewers (Obs. rapportée dans la Thèse de M. Lomon), dit qu'il n'est pas rare de rencontrer une dilatation marquée de la cavité utérine, sans qu'il y ait un degré appréciable de sténose. Galabin affirme que l'utérus peut se distendre par suite d'une affection de ses parois, sans obstacle à l'issue du pus. Comme le fait remarquer M. Lomon, dans tous ces cas les pièces examinées après autopsie, ou même immédiatement après ablation chirurgicale, n'étaient plus dans l'état où elles se trouvaient *in situ*. La circulation y est interrompue ; ces utérus étaient, si l'on peut dire, saignés

à blanc ; leur muqueuse décongestionnée, leurs replis affaissés, leurs bourgeons flétris. La perméabilité du canal cervical a pu, dans ces conditions, réapparaître.

Le mécanisme des sténoses cervicales mettant obstacle à l'issue du pyomètre n'est point unique. Doléris a pu faire pénétrer une sonde dans un utérus cancéreux compliqué de pyométrie. « Il suffit de redresser le canal dévié, d'en suivre exactement la direction, et la sonde a facilement raison de l'obstacle apporté par des fongosités molles et par la muqueuse épaissie qui efface la lumière du trajet du col, mais il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de l'expulsion des produits contenus à l'intérieur de la cavité utérine... Ce qui n'empêche pas la pénétration de dehors en dedans par un instrument, empêchera fatalement le passage de dedans en dehors des sécrétions internes. » Ici, le mécanisme est particulier. Là, Tate fait sortir du pus par le vagin en exerçant une pression sur l'utérus. Fritsch, à l'occasion des pyométries séniles, fait remarquer qu'il peut se développer, dans les prolapsus de l'utérus, une coalescence dans le cervix allongé. Bien que l'on ne possède pas encore de cas signalé, la pyométrie pourrait se constituer dans son ensemble par une flexion anormale de l'utérus. C'est sans doute, comme le dit M. Lomon, par ce mécanisme, à moins que ce ne soit par la formation d'une soupape, que s'expliquent ces cas curieux de pyométrie intermittente. Une femme se croit enceinte, ses menstrues se suppriment, le ventre se gonfle et l'utérus au 5e mois est parvenu au-dessus de l'ombilic. Un jour elle se baisse, toutes les flatuosités s'échappent de la vulve et le ventre s'affaisse complètement. C'est en effet dans ce mouvement du corps que le plus souvent s'opère le *rot vaginal* chez les femmes qui y sont sujettes.

Enfin, par un autre mécanisme que l'on pourrait appeler

celui de la pyométrie à soupape, un repli muqueux, un bourgeon cancéreux, une nodosité vient faire clapet en s'enfonçant comme un coin dans la filière du canal utérin, l'obtuse d'autant mieux que l'utérus se distend et que la pression devient plus forte. C'est le cas d'une des maladies observées par Récamier : « Le col était très dilatable comme dans certaines tumeurs volumineuses intra-utérines. La rétention était causée non par lui, mais par une sorte de clapet formé par un gros bourgeon cancéreux. » Et c'est aussi dans ce cas que peuvent rentrer la 1re et la 3e observation que nous rapportons.

En résumé, il existe toujours un obstacle à l'évacuation, que cet obstacle soit apparent ou non manifeste ; et il faut en revenir à l'opinion déjà ancienne de Dance sur les hydromètres « lesquels ne sauraient avoir lieu, disait-il, si un obstacle quelconque ne venait s'opposer à l'effluxion naturelle des liquides qui tendent à s'amasser dans la cavité utérine ».

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

« A l'examen de l'utérus de la malade dont il est parlé dans la 2e observation, on constate : la paroi antérieure fendue sur la ligne médiane suivant son grand axe, et l'on voit en avant et en arrière de son fond, les déchirures produites par les griffes de la pince à traction. Il est gros et son volume rappelle celui d'un utérus gravide de trois mois environ ; on note, au niveau du col, la saillie que fait dans la cavité cervicale le néoplasme interstitiel. La cavité utérine est dilatée ; la muqueuse lisse, régulière, sans ulcérations, sans végétations. La paroi utérine est amincie, molle et friable. Les annexes sont normales. Il n'existait aucune trace d'inflammation péri-utérine. C'est là un type anatomo-pathologique fréquent d'utérus cancéreux avec pyométrie. Mais l'aspect anatomique des lésions peut être très différent. La muqueuse peut présenter des ulcérations, des végétations, des plaques de gangrène. Le muscle utérin peut être totalement ou partiellement hypertrophié ou alternativement présenter des zones amincies et des zones hypertrophiées ou d'épaisseur normale. Les propagations infectieuses péri-utérines, ayant le pyomètre pour origine, sont exceptionnellement notées. » Dans nos observations, le pus était franc, bien lié, sans odeur. On a maintes fois rencontré un liquide noirâtre, hématique, extrêmement fétide. Il peut même y avoir des gaz.

Entre deux formes extrêmes bien caractéristiques de

pyométrie, toutes les formes intermédiaires peuvent se rencontrer. On a, d'une part, la pyométrie par cancer du col, à forme fibreuse sténosante, à parois lisses, souvent amincies, à contenu franchement purulent, telle la pyométrie de la malade de notre deuxième observation ; d'autre part, la pyométrie par cancer du corps, où les parois de la poche sont végétantes, ulcérées, parfois cloisonnées. Le pyomètre est formé de pus teinté en brun, d'apparence hématique, tenant en suspension des débris de tumeur. Cette dernière forme se distingue nettement du cancer du corps infecté, par l'existence d'une collection plus ou moins volumineuse.

La pyométrie n'est pas l'apanage d'une forme plutôt que d'une autre de l'épithélioma cervical. Les cancers papillaire, nodulaire, cavitaire peuvent présenter cette complication. On observerait cependant la rétention purulente surtout dans l'épithélioma cavitaire. Notre première malade était atteinte d'un cancer papillaire végétant de la région cervicale. La seconde avait un épithélioma squirrheux nodulaire, forme spéciale à la vieillesse, produisant une sténose cervicale d'autant plus accentuée qu'elle se développe dans un organe déjà sénilement atrophié. En pareil cas, l'orifice interne est le siège de la sténose. La malade dont nous rapportons l'histoire clinique dans notre troisième observation n'avait que de la métrite fongueuse avec bourgeonnement caractéristique.

L'examen microscopique de l'utérus cancéreux compliqué de pyométrie offre à peu près toujours les mêmes particularités histologiques : épithélioma envahissant plus ou moins le tissu musculaire lisse ; pouvant pénétrer jusque dans les tissus péri-cervicaux ; métrite suppurée de date plus ou moins récente ; sclérose ; lymphangite.

FORMES CLINIQUES

M. A. Lomon, puis M. le professeur-adjoint de Rouville ont tracé trois tableaux cliniques de la pyométrie cancéreuse :

La pyométrie fermée latente.
La pyométrie à forme douloureuse.
La pyométrie ouverte avec pertes intermittentes.

1° *Pyométrie latente* (ou pyométrie fermée et non douloureuse). — « Cette forme répond habituellement à l'épithélioma du col à évolution lente. Elle se voit presque uniquement chez les vieilles femmes qui ont passé la soixantaine. La malade a quelques petites hémorragies dues au cancer, mais pas de perte de pus. Il n'y a pas de douleurs. Tous les symptômes relèvent de l'examen. Le toucher et le spéculum font reconnaître un col habituellement induré, parfois parsemé de nodosités. Il peut être atrophié, comme cicatriciel. Il peut s'ulcérer. Le cathétérisme est impossible. Assez souvent, l'hystéromètre pénètre dans l'orifice externe du col, mais ne tarde pas à rencontrer un obstacle infranchissable. Le palper combiné au toucher fait sentir un utérus augmenté de volume qui atteint ou dépasse le pubis, parfois arrive à l'ombilic. Il est arrondi, mobile. Sa consistance est élastique, par-

fois rénitente ou même fluctuante. Elle peut être dure au point de faire éliminer l'hypothèse d'un état kystique de l'utérus. »

C'est à ce groupe clinique de pyométrie qu'appartiennent nos deux observations. Les pyométries de ce groupe, comme le dit M. le professeur-adjoint de Rouville, sont de beaucoup les plus nombreuses. Elles se caractérisent par une *évolution symptomatique absolument latente*. D'où les nombreuses erreurs de diagnostic dont ils ont été l'origine, et l'ignorance où se trouvèrent, au sujet de leur existence, au moment de l'intervention, tant d'opérateurs non prévenus.

2° *Pyométrie à forme douloureuse.* — « Les douleurs qui accompagnent cette forme doivent être distinguées des douleurs dues au cancer lui-même ; la distinction n'est pas toujours facile. Ces douleurs sont parfois très vives, s'irradient à l'hypogastre et aux lombes, quelquefois à tout l'abdomen et même dans le dos. Ce qui les caractérise, c'est qu'elles cessent après l'évacuation spontanée ou provoquée du pyomètre, et qu'elles peuvent réapparaître à intervalles réguliers en même temps que le pyomètre se reforme. » La pathogénie de ces douleurs semble comparable à celle des *épreintes utérines* qui accompagnent parfois l'endométrite chronique avec drainage utérin insuffisant. Ces coliques sont dues soit à l'effort que fait l'organe pour chasser le contenu qui le distend, soit à l'effraction violente subie par le trajet cervical dévié ou obstrué, soit enfin à un spasme douloureux résultant de l'hyperesthésie morbide de cette région. Le curettage du col suffit quelquefois à les faire disparaître.

Récamier en 1905 a rapporté un exemple de cette forme clinique douloureuse. « Une de mes malades entra à

Saint-Michel pour *une douleur vive et persistante de la région pelvienne, rendant la station debout presque impossible.* Chaque soir, elle avait une élévation légère de température, 38°, et des signes généraux d'anorexie, sans que sa santé générale fût cependant celle d'une infectée ; quelques hémorragies ; très peu de pertes blanches. A l'examen, on trouvait, à la place du col de l'utérus, une petite masse dure, saignante au contact. L'orifice du col était déplacé en arrière. Par le palper bimanuel, on reconnaissait l'utérus, du volume d'une grossesse de quatre mois environ, dur et très sensible à la pression. L'examen ayant prouvé que le col était bien le siège d'un épithélioma, j'attaquai à la curette ce néoplasme, creusant une sorte de canal qui, peu à peu, me conduisit dans la cavité utérine dilatée. Il s'écoula alors presque un demi-litre de pus. Après un premier lavage, je fis un tamponnement lâche à la gaze ; il n'y eut aucune hémorragie ; la malade fut soulagée immédiatement. Cette malade resta quelque temps à l'hôpital, puis s'éloigna, et revint avec de nouvelles douleurs, quelques semaines plus tard ; je constatai que le pyomètre s'était reproduit en partie, et il suffit d'une simple cautérisation au fer rouge complétant un curettage, pour créer un large canal qui ne se referma plus. La malade a été revue ; le cancer progressait lentement et *les douleurs ne reparurent que plus d'une année après*, lorsque les ligaments utéro-sacrés furent incomplètement envahis. Elle était opérée depuis plus de quinze mois. »

3° *Pyométrie ouverte avec pertes intermittentes.* — Ici, le malade perd du sang, soit un ichor fétide d'origine cancéreuse, et a d'une façon intermittente des débâcles purulentes par le vagin. L'utérus a forcé la sténose ou

une destruction partielle de la tumeur maligne a ouvert une issue au pus. Ces vomiques vaginales, si l'on peut dire ainsi, ont une odeur repoussante. Souvent elles ne se produisent que lorsque la malade marche ou se trouve dans la position verticale. C'est une des trois formes cliniques que l'on ne doit pas méconnaître. Lomon en donne quatre observations très instructives. « Une malade, âgée de 56 ans, avait des pertes rouges depuis 18 mois. Elles ne tardent pas à devenir sanieuses. Deux mois avant l'examen, cet écoulement cesse presque complètement pendant trois semaines. Puis la malade a une perte abondante de pus qui coïncide avec des douleurs dans l'hypogastre. L'écoulement purulent persiste 15 jours, puis cesse de nouveau. — Une autre malade a des pertes abondantes de matières jaunâtres, d'une odeur infecte, qui coïncident avec la disparition d'une tuméfaction qu'elle porte dans la fosse iliaque gauche. La cessation de ces pertes a lieu avec la réapparition de la tumeur et des douleurs. La malade de Despréaux a des pertes se produisant subitement et en très grande abondance, après une période de jours où elle a très peu perdu et souffert de malaises. Enfin Weiss signale une malade ayant des pertes très abondantes et revenant avec une périodicité parfaite tous les deux jours ; ces pertes s'accompagnent de douleurs. Il est assez fréquent que cette forme clinique de pyométrie ouverte avec pertes intermittentes s'associe à la forme douloureuse.

SYMPTOMATOLOGIE

D'après les différentes formes cliniques de la pyométrie, on voit combien la symptomatologie de cette complication des affections malignes de l'utérus peut être obscure. Ce n'est le plus souvent qu'au cours d'une intervention que le pyomètre a été reconnu, avec une fortune très variable pour la patiente, selon l'expression de Lomon, suivant qu'on opérait par le vagin ou l'abdomen. Le début est toujours inaperçu. Peut-on dire quand la collection a commencé à se former? Sait-on à quelle période de l'évolution cancéreuse elle a débuté? N'a-t-elle pas précédé la néoplasie? La plupart du temps le pyomètre ne s'est manifesté que par ses signes physiques, lorsqu'il avait atteint un volume notable. Parmi les symptômes fonctionnels du cancer utérin compliqué de pyométrie, il est très difficile de discerner ceux qui appartiennnent en propre à la complication. La symptomatogie va presque toujours de pair avec la forme clinique.

DIAGNOSTIC

Quand l'apparition de véritables débâcles de pus coïncide avec la diminution de la tumeur et aussi, bien souvent, avec la cessation des douleurs, le diagnostic est aisé. Dans tous les autres cas, la pyométrie n'est diagnostiquée par l'examen, que lorsque l'on a en mémoire la possibilité de son existence. Le diagnostic repose alors uniquement sur les renseigements fournis par le palper bimanuel et par l'exploration du col utérin.

« Lorsque l'utérus est peu augmenté de volume, et si l'on ne prend la précaution, avant d'intervenir contre le cancer, de faire l'exploration méthodique de la cavité utérine, le pyomètre passera inaperçu jusqu'au moment où, pendant l'opération, l'utérus sera ouvert.

Si l'utérus est volumineux, l'erreur est moins excusable de la part d'un opérateur averti, et les chirurgiens qui eurent l'occasion de voir plusieurs cas de pyométrie firent le diagnostic par l'augmentation de volume du corps de l'utérus, son élasticité, parfois de véritable fluctuation, sa forme régulièrement arrondie. Mais il est des cas où la consistance de l'utérus est dure et en impose pour une tumeur solide. On croit à la coexistence d'un fibrome ou d'un autre tumeur cancéreuse. Si l'utérus a une consistance plus molle, le cas peut prêter à erreur avec un fi-

brome ramolli ou un cysto-fibrome. Le plus souvent on croit à l'existence d'un cancer du corps. »

L'hystérométrie est pratiquée par tous les gynécologistes à un âge de la femme où elle peut ne pas être sans inconvénient. Pourquoi ne pas faire, d'une façon systématique, un examen de la cavité utérine avec l'hystéromètre, dans tous les cas de cancer de l'utérus ? Il va sans dire que le cathétérisme utérin doit être sans danger et ne point exposer à la perforation. Quelle que soit la forme clinique à laquelle appartiendrait la pyométrie, si pyométrie il y avait, le diagnostic en serait fait certainement.

Si l'on est en présence d'un col scléreux, atrésié, infranchissable, et si en même temps l'utérus est volumineux, arrondi, élastique, il est très probable qu'il s'agit d'un cas de pyométrie. Mais le plus souvent le cathétérisme est praticable.

PRONOSTIC

« La pyométrie, écrit M. le professeur-adjoint de Rouville, assombrit peu le pronostic du cancer du col abandonné à son évolution naturelle. Je ne connais que deux observations de rupture spontanée de la collection purulente dans la cavité péritonéale. » Quant aux propagations infectieuses péri-utérines se rattachant au pyomètre elles sont d'une extrême rareté. « Mais si le cancer est opérable, la méconnaissance de cette complication est de nature à assombrir singulièrement le pronostic opératoire de l'hystérectomie. A cet égard, une distinction mérite toutefois d'être faite, suivant que le chirurgien enlève l'utérus par la voie haute ou par la voie basse. Si, contrairement à la pratique actuelle du plus grand nombre, il intervient par le vagin, l'erreur pourra ne pas avoir de conséquences graves, s'il ne se prive pas volontairement, en suturant le vagin après l'ablation de la matrice, du principal avantage de la voie vaginale, et s'il draine la cavité pelvienne. Fermer le vagin après l'hystérectomie vaginale est, à mon sens, en dehors de lésions parfaitement aseptiques ayant motivé l'intervention, une faute grave, et qui explique bien, ainsi que le remarque Tate, les résultats consignés dans la statistique de Bürkle, accusant 7 décès sur 17 hystérectomies basses

pour néoplasmes cervicaux compliqués de pyomètre. Il en va tout autrement, au cas d'hystérectomie abdominale, non point que l'infection péritonéale soit fatale dans ces conditions, mais les risques de cette infection sont alors à leur maximum. C'est qu'en effet, il ne suffit pas, pour se mettre à l'abri de l'effusion du pus, d'éviter l'ouverture systématique de la cavité utérine, qui caractérise certains procédés d'hystérectomie. Je n'ai jamais eu, pour ma part, recours à ces procédés dangereux, leur préférant infiniment le procédé de Wertheim modifié, que je considère, avec la grande majorité des gynécologues de l'heure actuelle, comme le procédé de choix. L'ouverture de la cavité utérine ne fait pas partie de la technique de Wertheim, et cependant rappelez-vous ma deuxième observation : l'utérus dilaté par le pus a été déchiré par les griffes de la pince à traction ; le pus a envahi la cavité pelvienne ; ma malade a guéri. Pourquoi ? Je ne sais au juste : le mur épais de compresses protectrices s'est-il montré imperméable au pus ? Le pus était-il aseptique ? L'opéré de Legueu a été moins heureux : l'utérus, attiré en haut par la pince, se sépare brusquement du col et du vagin : effusion de pus, péritonite, mort le troisième jour après l'intervention... et cet exemple n'est pas unique? » Ce pronostic de la pyométrie que M. le professeur-adjoint de Rouville a tracé dans sa leçon clinique se passe de commentaire, tant il est la vive expression des cas de pyométrie observés.

TRAITEMENT

Voici les conclusions auxquelles M. Lomon s'est arrêté relativement au traitement de la pyométrie.

« Assurer une voie aussi large que possible aux sécrétions utérines, qui permette à la fois la parfaite évacuation du pus et la facile désinfection de la poche qui le contenait, tel est l'objet des soins du médecin en présence d'un cas de pyométrie, quelle que soit la période d'évolution du cancer qui lui a donné naissance. Il doit, en effet, chercher à atteindre ce but, aussi bien quand il ne sera que le premier temps d'une intervention plus radicale dirigée contre le cancer, que lorsque, celui-ci s'étant malheureusement placé au-dessus des ressources de l'art, le rôle du médecin doit se borner à soulager la malade de son mieux.

Assez souvent, le cathétérisme est possible. Il donne issue à une certaine quantité de pus. On achève l'évacuation à l'aide d'une sonde urétrale et l'on fait un lavage avec une solution de permanganate de potasse. On poursuit alors la dilatation à l'aide de bougies d'Hégar ou de laminaires préparées, jusqu'à ce que l'on puisse explorer l'intérieur de l'utérus. On se souviendra que ses parois peuvent être amincies et friables, et que l'injection intra-utérine même doit être poussée sans violence. Des soins quotidiens, des lavages répétés prépareront la malade à

une hystérectomie, si celle-ci est possible, calmeront en tout cas les douleurs, si elles existent, et la mettront à l'abri des complications possibles venant de son pyomètre.

Si l'on ne peut pénétrer dans l'intérieur de la cavité utérine, il faut, suivant les conseils de Récamier, ne pas hésiter à se frayer un passage au travers du col à l'aide d'une curette.

S'il s'agit d'un cancer à forme bourgeonnante, les hémorragies dues au cancer ne seront pas moins améliorées que les douleurs qui accompagnent parfois la formation du pyomètre, et aussi les accidents infectieux.

S'il s'agit d'un cancer nodulaire occupant l'épaisseur même de la paroi du col qu'il a transformé en une masse d'une dureté ligneuse, il ne faut pas craindre de créer un orifice particulièrement large par le curettage et la cautérisation, pour assurer le drainage de la cavité et éviter toute tendance à l'atrésie.

Il faut agir énergiquement sur le col et le détruire, mais éviter toute intervention un peu violente sur l'intérieur de la cavité utérine, et même ne pousser les injections intra-utérines qu'avec une certaine prudence, car l'augmentation de volume de la cavité du corps utérin entraîne avec elle un amincissement irrégulier des parois, qui peuvent ne plus avoir aucune résistance (Récamier).

Enfin, si la pyométrie, ayant été méconnue, se manifeste au milieu d'une intervention par l'évacuation parfois soudaine d'un flot de pus infect qui souille le champ opératoire, il ne faut pas désespérer du résultat. Les cas où cet accident s'est produit nous montrent qu'un lavage soigné, le drainage par la cavité vaginale, s'il s'agit d'une hystérectomie vaginale, suffisent à mettre la malade à l'abri des accidents septiques. Si l'on pratique une inter-

vention abdominale, l'exploration directe de l'utérus avertit du danger. On doit le ponctionner à l'aide d'un trocart à kyste, en protégeant le péritoine et les anses intestinales à l'aide de compresses. Lorsque le contenu utérin est vidé, à l'aide de pinces à kystes, on ferme, immédiatement après l'ablation du trocart, son orifice d'entrée; puis on pratique l'hystérectomie suivant le mode habituel, mais en se méfiant de la friabilité des parois utérines, qui existe souvent. On termine en assurant un drainage suffisant. » M. le professeur-adjoint de Rouville est plus bref. Voici la technique qu'il observe : « Avant toute hystérectomie pour cancer du col, j'ai toujours pris grand soin d'assurer, autant que possible, par des lavages multipliés, l'asepsie du vagin, et, par le curettage, l'asepsie du canal cervical. Je fais plus aujourd'hui et, instruit par l'expérience, je n'ai garde de négliger l'exploration et le nettoyage préliminaires de la cavité utérine elle-même. »

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 24 Mars 1909.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 22 Mars 1909.
Le Doyen,
MAIRET.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Abel. — Ueber das Verhalten der Schleimhaut des Uteruskörpen be Carcinom der Por io. Cent. für Gynäk., n° 1.

— Arch. für Gynäk., Bd XXXII, Hft 2.

Aristote. — Histoire des animaux, liv. IV de la Génération des animaux, chap. IV, œuvres complètes. Berlin, 1831-36. Becker, 4 vol. in-4.

Astruc. — Traité des maladies des femmes. Paris, 1761-65.

Barnes. — Maladies des femmes, p. 63, 69, 163, 430. Traduit par Cordes. Paris, 1886.

Becquerel. — Traité clinique des maladies de l'utérus, 2 vol. in-8. Paris, 1859.

Bernutz. — Traité des maladies des femmes. Paris, 1860.

Boivin et Dugès. — Traité des maladies de l'utérus, 2 vol. in-8. Paris, 1833.

Bonet. — Sepulchretum, sive Anatomia pratica. Genevæ 1700, lib. III, sed. XXI, ob. LV.

Bonnet (Stéphane) et Paul Petit. — Traité pratique de gynécologie, p. 125. Paris, 1894.

Bratoff (Milan). — Pyométrie et son traitement chirurgical palliatif. Thèse Nancy, 1897-98, n° 26.

Breisky. — A. J. G. [illegible] 1. — IV, 1. Prag. med. Wochenschr., 1876.

Courty. — Traité des maladies de l'utérus, in-8. Paris, 1866.

Cruveilhier. — Anatomie pathologique, t. II, p. 849.

Dance. — Archives de médecine, oct. 1829.

Delbet (Pierre). — Article : Maladies de l'utérus in Traité de chirurgie de Duplay et Reclus, Paris, 1897.

Depaul. — Bulletin de l'Académie de Médecine, XIX, 1854.

Despréaux. — Du curettage de l'utérus. Thèse Paris, 1888.

Doléris. — Métrites et fausses métrites, in-8, Paris, 1902.

Duncan (Mathews). — Pyometra, two specimens, one from atresia of the cervix, the second the cervix, widely open. Trans. obst. London, vol. XXI, 1879, p. 54.

Eggel. — Berl. klin. Wochenschr., 1870, 17 ; 1872, 36.

Fabrice d'Aquapendente. — Œuvres chirurgicales, in-12. Lyon, 1549.

Faure (J.-L.). — Article Pyométrie in Pratique médico-chirurgicale, Paris, 1907.

Ferret. — Bull. et Mém. sc. de chir., 1887, n. s. XIII, p. 291.

Frælich. — In thèse de Milan Bratoff.

Frank (P.). — Epitome de curandis hominum morbis, liber VI, de retentionibus, pars prima. Tubingæ, 1811, p. 83-86.

Freund. — Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn., II, 26.

Fritsch. — Traité des maladies des femmes, traduit par J. Stas. Paris, 1874.

Gaillard (Thomas). — Traité clinique des maladies des femmes. New-York, 1879.

Galabin (A.-L.). — Case of pyometra. Microscopic section of the uterin Wall. Trans. obst. soc. London, 1880.

Godson. — In article Pyometra par Griffith. Trans. obst. soc. London, 1887.

Griffith (W. S. A.). — Pyometra. Trans. obst. soc., XXIX, London, 1887.

Gros. — In thèse Milan Bratoff.

Hansemann. — Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie. Berlin, 1896.

Haussmann. — Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., II, 1877.

Hegar. — Berl. Beitr. z. Geb. u. Gyn. III.

Heppner. — St-Petersb. med. Wochenschr., 1872.

Herrgott. — Thèse d'Agrégation, 1878, p. 229.

Hervez de Chégoin. — Soc. de chirurgie, 1868.

Hottenier. — Société de biologie, mars 1879.

Howard-Kelly. — Operative Gynecology, vol. 1, p. 553.

Jacquet. — Zeitschr. f. u. Gyn. Fr., p. 130.

Junior Vitrac. — Annales de gynécologie et d'obstétrique, XLIX, juin 1898, p. 464.

Labadie-Lagrave et Legueu. — Traité médico-chirurgical de gynécologie. Paris, 1904.

Lados. — Gaz. méd. de Paris, 1869.

Landau. — Soc. obs. et gyn. de Berlin, 13 juillet 1898.

Lee. — In three case of Pyometra, par Tate. Trans. obst. soc. London, 1830.

Legueu et Rebreyend. — De la pyométrie, complication du cancer du col utérin. Revue de gyn., 1899, p. 783.

Levrat. — De l'intervention partielle tardive dans l'épithélioma utérin inopérable. Congrès de chir., 1871. — Bull. méd., avril 1891.

Lewers (Arthur H.-N,). — Cancer de l'utérus avec pyométrie. Trans. obst. soc. London, XVIII, 1896.

Lomon (A.). — Thèse pour le Doctorat en médecine. Paris, 17 juillet 1907).

Marchand. — Soc. de chir., 13 juin 1892.

Martin (A.). — Traité clinique des maladies des femmes, traduction Varnier et Weiss.

Martineau (L.). — Traité clinique des affections de l'utérus et de ses annexes. Paris, 1879.

Menières. — Journal des connaiss. méd., juin 1885.

Morgagni. — Epistolæ anatomicæ. Lugd. Bat. 1741 ; epist. 46, art. 17 ; epist. 47, art. 14-28 ; epist. 56, art. 10-17 ; epist., 57, art. 2 ; épist. 66, art. 17 ; epist. 67, art. 9-11.

Moritz (F.-A.). — Obs. in uteri morbos organicos. Berlin, 1830.

Muller (P.). — Scanzoni's Beitr., V, 67.

Nauche. — Des maladies de l'utérus ou de la matrice. Paris, 1816.

Neugebauer. — Arch. f. Gyn., II, 246.

Olshausen. — Arch. f. Gyn., I.

Patrix. — Traité sur le cancer de la matrice. Paris, 1820.

Pichevin et Aug. Petit. — Gyn., 1896, p. 136.

Polaillon. — Maladies des femmes. Paris, 1901.

Pozzi. — Traité de gynécologie clinique. 3e édit. Paris, 1897.

Récamier (J.). — Traitement du cancer utérin. inopérable. Paris, G. Stenheil, 1905.

Rennert. — Obs. f. Gyn., 1882.

Revue médicale, t. IV, 484, 1830.

Reynolds. — Pyométrie. Nouvelles archives d'obstétrique, 1894, p. 509.

Rheinstadter. — Arch. f. Gyn., XIV.

Rheinstaedter (M.). — Collection purulente du vagin et pyométrite. Bulletin médical, 1890, p. 262.

Rose. — Mon. f. Geb., XXIX.

Routh (Amand). — In three cases of pyometra, par Tate. Trans. obst. soc. Lond., 1897.

Rouville (De). — Montpellier Médical 17 janvier 190. (Leçon clinique de gynécologie).

Saurenhaus. — S. Gesell. für Geb. und Gyn. Berlin, 13 juillet 1888.

Scanzoni. — Maladies des organes sexuels de la femme. Paris, 1851.

Schræder (Carl). — Malad. des org. génit. de la femme. 3e édit. franç., 1899.

Simon. — Beitr. z. klin. Chir., IV, 1889; Berl. klin. Wochensch., 1875; Mon. f. Gyn., XIV.

Simpson. — Carcinoma cervicis uteri et orificii urethræ terminating fatally by rupture of the uterus. Edinburgh medical Journal, Jan. 1879, p. 453.

Sinety (De). — Manuel pratique de gynécologie. Paris, 1879.

Tate (Walther W.-H.). — Three cases of pyometra complicating cancer of the cervix uteri. Trans. obst. soc. Lond., XXXIX, 18 oct. 1897.

Thomas (G.). — Traité clinique des maladies des femmes, traduit par Lutaud, Paris, 1879.

Vautrin. — Revue médicale de l'Est, 1893, p. 33.

Vigarous. — Cours élémentaire des maladies des femmes. Paris, 1801.

Vrach. — St-Pétersbourg, 1886, VII, 253, grammaticat.

Weiss. — Revue médicale de l'Est, 1892, p. 744.

Wyder. — Ann. de gyn. et d'obst., 1890, p. 464.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

LA PYOMÉTRIE

DANS

LE CANCER UTÉRIN

(CONTRIBUTION CLINIQUE)